

請求書

(宛先) 高齢者あんしんセンター

金額

住所
フリガナ
法人名

フリガナ
氏名

電話番号

振込先	
金融機関名	
支店名	
種別	普通・当座
番号	
口座名義 (カタカナで)	

請求日	請求 事業所No.
-----	--------------

注

2 1
金額は訂正しないでください。
金額の前に¥の字を記入してください。

No.	品名または名称・規格	数量	単価	金額	納入年月日
1	介護予防ケアマネジメント 業務委託料 (年 月請求分) 居宅介護支援事業所名 []				
2	原則的な介護予防ケアマネジメントA	件	円	円	
3	原則的な介護予防ケアマネジメントAのうち 初回加算対象	件	円	円	
4	原則的な介護予防ケアマネジメントAのうち 委託連携加算対象	件	円	円	
5					
6					
7					
8					
9					
10					

※は軽減税率適用対象

合計

発行責任者及び担当者（請求書の押印を省略する場合には、ご記入ください。）

・発行責任者

電話番号

・担当者

電話番号

検収